

TRASTORNO BIPOLAR Y COMPETENCIAS PARENTALES: REPERCUSIONES FORENSES SOBRE LAS DECISIONES JUDICIALES EN MATERIA DE IDONEIDAD DE GUARDA Y CUSTODIA

Pedro José Horcajo Gil ¹

Víctor Dujo López

Psicólogos Forenses en el ámbito privado

Máster en Psicología Clínica Legal y Forense, Máster en Psicología General Sanitaria

Doctorandos en Psicología Forense

Universidad Complutense de Madrid

Laura González-Guerrero

Doctora en Psicología

Psicóloga Forense Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid

David González-Trijueque

Doctor en Psicología

Universidad Francisco de Vitoria

Psicólogo forense en Juzgados de Getafe, Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid

Resumen

El trastorno bipolar (TB) es un trastorno mental grave (TMG) que implica importantes repercusiones funcionales y psicojurídicas, con un impacto relevante en materia de guarda y custodia, debido a la posible afectación de las competencias parentales de quien lo padece. El papel del psicólogo forense es fundamental a la hora de asesorar a jueces y tribunales a partir de la entrada en vigor de la Ley 15/2005. El objetivo del presente estudio es examinar el peso del trastorno bipolar (TB) y sus repercusiones en la fase decisional de magistrados y tribunales, para lo cual se realiza de manera conjunta por cuatro especialistas en psicología forense, un análisis sistemático de la doctrina jurisprudencial de los últimos 20 años en España. Tras un proceso de selección de resoluciones relevantes, se obtiene una muestra de 75 sentencias de Audiencias Provinciales en las cuales el informe psicológico forense fue tenido en consideración en la decisión judicial. El peso del trastorno bipolar, más allá de la mera etiqueta diagnóstica, depende de la interferencia del mismo en las competencias parentales del progenitor; para valorar la posible afectación, es esencial la prueba pericial psicológica, que permitirá delimitar con precisión las características idiosincrásicas de cada caso.

PALABRAS CLAVE: *trastorno bipolar, repercusiones forenses, competencia parental, guarda y custodia, informe pericial psicológico.*

Abstract

Bipolar disorder is a serious mental disorder of a chronic nature, which implies important functional and forensic implications, with a relevant impact on matters of care and custody due to the possible impairment of parental competences. The role of the forensic psychologist is a key element in the task of counselling Judges and Courts, since the entry into force of Law 15/2005. The goal of this study is to examine the weight of the bipolar disorder and its implications in the decisional phase of magistrates and tribunals, for which a systematic analysis of jurisprudential doctrine in the last 20 years in Spain was carried out. 75 sentences of Provincial Courts in which the psychological forensic report was relevant were obtained. The conclusion is that the impact of bipolar disorder in the judicial resolutions depends on its interference in the progenitors' parental competences, beyond the mere diagnostic label, and the psychological expert report is essential to be able to delimit the idiosyncratic characteristics of each case.

KEYWORDS: *bipolar disorder, forensic implications, parental competences, child custody, psychological forensic report.*

¹ *Correspondencia:* Pedro José Horcajo Gil (Horcajo-Gil, P. J.).
Correo electrónico: pedrojosehorcajo@psicologia-forense-madrid.es
Fecha de recepción del artículo: 1-9-2017
Fecha de aceptación del artículo: 27-10-2017

Introducción

El trastorno bipolar, en lo sucesivo TB, es considerado como una de las enfermedades mentales más incapacitantes, especialmente en su versión más grave (*Trastorno bipolar I*), elevándose como un trastorno neuropsiquiátrico con una base genética y neuroquímica compleja, recurrente, y potencialmente progresivo que implica múltiples sistemas cerebrales a nivel neuroquímico, fisiológico y estructural, afectando del 1 al 3% de la población (Dias, Brissos, Frey, Andreazza, Cardoso y Kapczinski, 2009).

Las cifras según el Instituto Nacional de Estadística (2014), indican que existen 39.116 (73,31%) resoluciones en 2013 que otorgan la custodia a la madre, frente 2.838 (5,32%) que se la otorgan al padre, así como 11.401 (21,37%) resoluciones de custodia compartida. Resultaría interesante conocer si se mantiene esta misma tendencia cuando uno de los progenitores padece una psicopatología con repercusión sobre sus capacidades tuitivas (de guarda, amparo y defensa); en cualquier caso, conviene recordar que cada caso es único, y como tal debe valorarse.

La gravedad de este tipo de trastornos hace necesario que los profesionales que trabajan en los ámbitos clínico, legal y forense precisen conocer el impacto de las diversas manifestaciones psicopatológicas en el funcionamiento cotidiano de la persona en aspectos tan cruciales como puede ser la capacidad parental en materia civil de guarda y custodia (GyC). La tendencia actual, por suerte, cada vez otorga mayor peso a la valoración técnica de los peritos, teniendo cada vez más voz en todo lo relacionado a los aspectos psicológicos de la GyC, siempre bajo el prisma del Superior Interés del Menor.

Ya han pasado los años en el que los criterios negativos eran el cauce a través del cual los padres obtenían la custodia, frente a la no conveniencia de la madre. De igual manera, también han pasado los años en los que padecer un trastorno mental suponía la imposibilidad de hacer frente a la responsabilidad de los cuidados del menor o menores implicados. Cada caso es único, lo cual conlleva un estudio pormenorizado para conocer el impacto de la posible psicopatología en la funcionalidad del progenitor y en las capacidades tuitivas del mismo. Este trabajo tiene como *leitmotiv* el estudio de la importancia de la psicopatología y su posible influencia en la fase decisional de los tribunales, buscando analizar si sigue prevaleciendo la presencia de criterios negativos o si se contempla el estudio detenido del impacto del trastorno en la persona, estudiando exhaustivamente el nivel de funcionalidad y posible grado de merma en las capacidades tuitivas que guarde contingencia con la presencia del trastorno *per se*.

La Ley 15/2005 de 8 de julio, por la que se modifican el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, supone un cambio de paradigma (Marín, Dujo y Horcajo, 2017). A partir de su entrada en vigor, es necesario hacer un alto en el camino para contemplar la implicación del mencionado trastorno psicopatológico en el campo del Derecho de Familia; para ello se realiza una actualización de su influencia en las resoluciones circunscritas a la GyC de los menores, y dilucidando si estas se basan en el trastorno o en la repercusión funcional de este sobre las aptitudes parentales, siendo el papel del psicólogo forense cada vez más decisivo al ganar peso el factor del análisis psicológico idiosincrásico de caso, dentro de la amalgama de variables intervinientes en las resoluciones judiciales.

Método

Fuentes de información

El estudio realizado se nutrió principalmente de dos fuentes de información: la revisión de literatura científica internacional relativa al tema en cuestión y el análisis de doctrina jurisprudencial en supuestos de litigios familiares en los que uno de los progenitores padece un TB.

Procedimiento

Para la búsqueda de literatura psico-legal sobre competencias parentales y TB se introdujeron y combinaron los términos que se describen a continuación en Google Académico y PsycINFO: *aptitud parental, capacidad parental, competencia parental, parentalidad, trastorno bipolar, parental aptitude, parental capacity, parental competence, parenting, bipolar disorder, bipolarity*. No se emplearon restricciones en el marco temporal en la búsqueda de artículos para la reseña de la literatura, sin embargo, se procuró rescatar artículos recientes. Un 47,19% del total de las referencias se sitúan en el periodo comprendido entre 2007 y 2017; asimismo, un 19,10% del total de referencias se sitúan entre 2012 y 2017. Para la búsqueda de doctrina jurisprudencial se empleó la base de datos Aranzadi Westlaw. Se introdujeron los términos ‘bipolar’ y ‘custodia’, en el campo “texto”. Al introducir el término ‘bipolar’, se encontraron sentencias que incluían los términos ‘bipolar’ y ‘trastorno bipolar’, respectivamente. La fecha de búsqueda comprendió del 15 de agosto de 1996 al 15 de agosto de 2016. En el campo “tipo de resolución” se introdujo la opción ‘sentencia’. En el campo “jurisdicción/procedimiento” se introdujo la opción ‘Civil’. El criterio de exclusión fue que el término ‘TB’ apareciese de manera tangencial en la sentencia, esto es, que no guardaba relación de contingencia con la guarda y custodia.

Muestra

Inicialmente se obtuvieron 101 sentencias, de las cuales se seleccionó una muestra de 75 sentencias que, a modo descriptivo, resultaron relevantes por abordar nítidamente la influencia del TB sobre la resolución judicial concerniente a la capacidad parental para la GyC (ver sección *Resultados*).

Aproximación clínica al trastorno bipolar

Características generales

El TB se caracteriza por la alternancia entre periodos de depresión y de manía (Vieta et al., 2001, 2009) y por constituir una entidad crónica, recurrente y potencialmente incapacitante en las diferentes áreas vitales de la persona. Se estima que dicha entidad clínica, está presente en un 1% de la población y que representa al 10-15% de todos los trastornos del estado de ánimo, estando su edad de inicio estimada a los 25 años (Baldessarini et al., 2012a; Perlis et al., 2004; Vázquez, Lolich, Leiderman, Tondo y Baldessarini, 2012). Según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – quinta edición (DSM-5®; APA, 2013), dentro de la categoría “Trastorno bipolar y trastornos relacionados” (DSM-5®; APA, 2013), se distinguen siete categorías distintas (véase Tabla 1).

Para diagnosticar *Trastorno bipolar I* es necesario que se hayan cumplido los criterios para, al menos, la existencia de un episodio maníaco; mientras que el *Trastorno bipolar II* se caracteriza por la presencia reciente o pasada de un episodio hipomaníaco y de un episodio depresivo mayor (DSM-5®; APA, 2013).

Tabla 1. Especificadores para el Trastorno bipolar y trastornos relacionados (DSM-5®; APA, 2013)

____ (____)	Trastorno bipolar I
____ (____)	Episodio maníaco actual o más reciente
296.41 (F31.11)	Leve
296.42 (F31.12)	Moderado
296.43 (F31.13)	Grave
296.44 (F31.2)	Con características psicóticas
296.45 (F31.73)	En remisión parcial
296.46 (F31.74)	En remisión total
296.40 (F.31.9)	No especificado
296.40 (F31.0)	Episodio hipomaníaco actual o más reciente
296.45 (F31.73)	En remisión parcial
296.46 (F31.74)	En remisión total
296.40 (F31.9)	No especificado
____ (____)	Episodio depresivo actual o más reciente
296.51 (F31.31)	Leve
296.52 (F31.32)	Moderado
296.53 (F31.4)	Grave
296.54 (F31.5)	Con características psicóticas
296.55 (F31.75)	En remisión parcial
296.56 (F31.76)	En remisión total
296.50 (F31.9)	No especificado
296.7 (F31.9)	Episodio no especificado actual o más reciente
296.89 (F31.81)	Trastorno bipolar II <i>Especificar</i> el episodio actual o más reciente: Hipomaníaco, Depresivo <i>Especificar</i> el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: En remisión parcial, En remisión total <i>Especificar</i> la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: Leve, Moderado, Grave
301.13 (F34.0)	Trastorno ciclotímico <i>Especificar</i> si: Con ansiedad
____ (____)	Trastorno bipolar y trastorno relacionado inducido por sustancias/ medicamentos <i>Especificar</i> si: Con inicio durante la intoxicación, Con inicio durante la abstinencia
293.83 (____)	Trastorno bipolar y trastorno relacionado debido a otra afección médica <i>Especificar</i> si: (F06.33) Con características maníacas (F06.33) Con episodio de tipo maníaco o hipomaníaco (F06.34) Con características mixtas
296.89 (F31.89)	Otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificado
296.80 (F31.9)	Trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificado

Nota. Tomado de: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5ª Ed., pp. xvi-xvii. Publicado originalmente en español por Editorial Médica Panamericana. Copyright ©2014.

Las personas afectadas de TB experimentan un incremento en la actividad y la impulsividad, así como dificultades en la concentración e irritabilidad, pudiendo presentar de igual modo descenso en la necesidad de dormir, verborrea, grandiosidad, fuga de ideas, agitación psicomotora, viéndose inmiscuidos en ocasiones en conductas potencialmente peligrosas.

Tradicionalmente el TB se ha clasificado nosológicamente dentro de los capítulos otorgados a los trastornos del estado de ánimo –junto con los trastornos depresivos–, curiosamente con los especificadores “Con síntomas psicóticos” frente a “Sin síntomas psicóticos”, psicopatología propia de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. Los criterios diagnósticos del *Trastorno bipolar I* son el correlato de los antiguos trastornos maniacodepresivos o psicosis afectivas.

El Trastorno bipolar II podría considerarse como una entidad con menor repercusión que el Trastorno bipolar I (tanto a nivel sintomatológico como funcional), requiriendo para su diagnóstico al menos la experimentación de un episodio hipomaniaco y trastorno depresivo mayor. El principal criterio del diagnóstico diferencial se centra en la experimentación de episodio de manía en el Trastorno bipolar I.

Se considera que tanto la hipomanía como la manía comparten los mismos síntomas cardinales de ánimo anormalmente elevado, expansivo o irritable, acompañado del aumento persistente de la actividad o energía, a los que se suman tres o más síntomas diversos, tales como autoestima exagerada o grandiosidad, disminución de la necesidad de dormir, verborrea, fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado, distraibilidad, agitación psicomotora, e implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves. Sin embargo, ambos síndromes se diferencian en su duración (al menos una semana para manía y de al menos 4 días para hipomanía) y en el impacto funcional que producen en la persona, ya que sólo la manía llega a provocar un deterioro significativo a nivel laboral, en las actividades y/o en las relaciones sociales. Por otro lado, la necesidad de hospitalización (sea cual sea su duración) y/o la presencia de síntomas psicóticos son exclusivas del episodio maniaco (DSM-5®; APA, 2013). Los episodios de manía no se presentan de manera homogénea, sino que tienen variantes, distinguiéndose la manía eufórica (clásica o pura), la manía disfórica (con irritabilidad y agresividad) y la manía depresiva (con presencia de síntomas severos del polo opuesto).

El riesgo de degradación autolítica es de 15 veces mayor, teniendo al menos un tercio un historial de suicidio contrastado, con un 36,3% para *Trastorno bipolar I* y 32,4% para *Trastorno bipolar II*. En lo que respecta a la funcionalidad, al menos un 30% presentan una interferencia significativa. En cuanto a las diferencias de género, las mujeres tienen mayor tendencia a ser cicladoras rápidos y a presentar más episodios depresivos y mixtos. Frente a la igualdad evidenciada entre mujeres y hombres en el tipo I, las muestras clínicas arrojan mayor prevalencia en mujeres en el tipo II (DSM-5®; APA, 2013).

La ciclación rápida se define como el padecimiento de cuatro o más episodios afectivos de cualquier tipo (manía, hipomanía, o depresión) en el transcurso de un año, pudiendo darse en cualquier momento del curso de la enfermedad. El diagnóstico de ciclotimia está sustentado por la presencia de al menos dos años de síntomas hipomaniacos y depresivos que no cumplen los criterios para diagnosticar un episodio de manía, hipomanía o depresión mayor. La esencia del Trastorno ciclotímico es la existencia de fluctuaciones en el humor que implican numerosos episodios depresivos, e hipomaniacos. Los síntomas hipomaniacos son insuficientes en número, duración, severidad y duración para cumplir con los criterios necesarios para dictaminar un episodio hipomaniaco, ocurriendo lo mismo con los síntomas depresivos. Durante los dos primeros años los síntomas deben ser persistentes y los periodos asintomáticos no han de superar los 2 meses. Si una persona experimenta un episodio de depresión mayor, maniaco o hipomaniaco, se codifica el trastorno que corresponda en cada momento (DSM-5®; APA, 2013).

Comorbilidad

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012), la comorbilidad con otros trastornos es frecuente, siendo los trastornos comórbidos más frecuentes los relacionados con Trastornos de Personalidad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, del espectro ansioso (entre un 24% y un 93%) y abuso de sustancias psicoactivas (48,5% para el alcohol y 43,9% para otros tóxicos), estando presente en al menos el 30-50% de los casos. Esta comorbilidad se asocia a mayor grado de psicopatología, peor respuesta al tratamiento y aumento de riesgo de intentos autolíticos (Freeman, Freeman y McElroy, 2002).

Prevalencia

Los datos de prevalencia relativos al TB en población general oscilan normalmente entre un 0,2% y un 1,2% (Belloch, Sandín y Ramos, 2008). El *Trastorno bipolar I* presenta una prevalencia pareja a la antes citada mientras que en el *Trastorno bipolar II*, la prevalencia se mantiene en unos parámetros entre 0,9% y 1,6% (Kessler et al., 2005).

En España se estima una prevalencia que alcanza 70 casos por cada 100.000 habitantes (Criado-Álvarez, Domper y Rosa, 2000).

Según datos del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012) el estudio de la incidencia de dicho trastorno se ve dificultado por los problemas en el diagnóstico de los primeros episodios afectivos, pudiendo producirse variaciones estimadas entre un 1,6 y un 6,2 por 100.000 por año.

Etiología

En lo referente a la etiología, se parte de la tradición de las bases biológicas, desde un mal funcionamiento de los mecanismos bioquímicos (Reinares et al., 2004), hasta factores genéticos, endocrinos, anomalías del sistema neuroendocrino o, incluso alteraciones anatómicas. En las últimas décadas se ha prestado atención a al papel de los factores psicosociales como facilitadores y predisponentes en la enfermedad, así como su contingencia con el inicio y curso de la enfermedad (Bender y Alloy 2011; Hillegers et al., 2004; Hlastala et al., 2000; Malkoff-Schwartz et al., 1998).

Los hijos de padres con TB son considerados un grupo de alto riesgo para el desarrollo del mismo trastorno, como lo indican estudios que muestran que la probabilidad de desarrollar este trastorno es del 10%, cuando se tiene un padre afectado, y del 40% cuando ambos progenitores lo están (Lapalme, Hodgins y LaRoche, 1997). De igual manera, estudios en gemelos han mostrado que entre un 70 y 80% de las manifestaciones clínicas se explican por factores genéticos (Craddock, O'donovan y Owen, 2005).

El riesgo que corre esta población no es únicamente el de desarrollar TB, pues los estudios indican que el 50% de los hijos de padres con TB cumplen criterios para al menos un trastorno psiquiátrico, lo cual muestra un perfil heterogéneo, pero con mayores tasas de trastornos de conducta disruptiva, trastornos de ansiedad y del sueño, así como trastornos del ánimo, cuando se comparan con los hijos de padres sin TB (Hirshfeld-Becker et al., 2006; Duffy, Alda, Crawford, Milin y Grof, 2007).

Curso

El TB suele presentarse de manera temprana con la irrupción de un trastorno depresivo brusco con intervalos de remisión posterior, que tiende a la recidiva, independizándose gradualmente de los detonantes externos y, adquiriendo mayor intensidad y duración a lo largo del tiempo, con períodos de sintomatología subsindrómica leve en los periodos interepisódicos (Baldessarini et al., 2012b; Goodwin

y Jamison, 2007), pudiendo tener dichos síntomas interferencias con la funcionalidad del paciente. Entre dos tercios y tres cuartas partes de las personas ingresadas por un cuadro de manía ingresan de nuevo en el futuro por el mismo motivo. El primer episodio puede ser maníaco, hipomaníaco o depresivo, pudiendo transcurrir un largo periodo de eutimia (de 4 a 5 años) y reduciéndose gradualmente el espacio temporal interepisódico a medida que avanza la edad (Belloch et al., 2008). Así, un paciente con trastorno bipolar presenta de media alrededor de unos 10 episodios afectivos (Goodwin y Jamison, 2007). Más del 90% de las personas que presentan un episodio maníaco, tienen probabilidad de desarrollar episodios recurrentes. Aproximadamente el 60% de los episodios maníacos ocurren inmediatamente antes de un episodio depresivo mayor. Las personas con numerosos episodios de alteración en el humor (al menos 4 o más) se marcan con el especificador de *cicladores rápidos*.

El *Trastorno bipolar II*, aunque aparece en la adolescencia tardía o en la adultez, su edad media de aparición es a los 20 años. Suele comenzar con un episodio depresivo mayor y no es reconocido como un *Trastorno bipolar II*, dada la dificultad de detección hasta que no eclosiona el episodio hipomaníaco. El intervalo entre los cambios de humor desciende con los años. Al menos, del 5 al 15% tienen cambios de humor múltiples, especificándose como *cicladores rápidos* (DSM-5®; APA, 2013).

Evaluación

A la hora de plantear la evaluación se ha de tener en cuenta el diagnóstico diferencial con los siguientes trastornos: Esquizofrenia y Trastorno Esquizoafectivo, Depresión Mayor Recurrente, Trastorno Límite de la Personalidad, Trastorno Ciclotímico, Abuso de Sustancias y Trastornos Mentales Orgánicos. También han de valorarse las posibles causas iatrogénicas derivadas de la medicación.

La evaluación clínica se ha de realizar desde diferentes frentes, siendo la meta principal el establecimiento de un buen diagnóstico orientado a planificar un tratamiento ergonómico a la idiosincrasia del caso, objetivo diferente si la evaluación tiene lugar en el contexto forense, donde igualmente se buscará obtener un conocimiento lo más exacto posible de la psicopatología de la persona y la afectación en su nivel de funcionamiento para posteriormente poder dar una respuesta a la demanda judicial o letrada respecto a una cuestión jurídica concreta como por ejemplo la capacidad parental del peritado. El objetivo deber ser, a) la exploración de síntomas; b) el diagnóstico; c) análisis de comorbilidad; d) consecuencias en el funcionamiento psicosocial; e) análisis de la demanda si la hubiera; f) historia del problema; g) análisis de factores asociados y/o mantenimiento del problema; h) características del paciente/cliente y su contexto relevantes para la comprensión y tratamiento del caso; i) formulación del caso y entrevista de devolución; j) evaluación del proceso terapéutico y evaluación de la eficacia del tratamiento (Muñoz, 2003).

Para efectuar una correcta evaluación es necesaria la realización de una *anamnesis* que proporcione información longitudinal, así como una exploración psicopatológica y somática, incluyendo la observación no solo del estado mental, sino también del estado físico (p. ej., si acude aseado/a, deterioro bucodental evidente, etc.). Por tanto, la entrevista clínico-forense será el principal aliado del perito psicólogo. En el caso de que la persona haya sufrido un episodio maníaco, aparecerá reflejado en la *anamnesis*, incluso si ha sufrido hospitalización aparecerán datos recogidos en su historia clínica, pero cuando los síntomas son hipomaníacos en ocasiones pasan inadvertidos. Por ello, el contraste con distintas fuentes de información (i. e., familiares, psicólogos sanitarios, psiquiatras, etc.) se hace completamente necesario si se trata de una evaluación pericial. Es conveniente el uso de entrevistas semi-estructuradas y/o estructuradas, que contribuyan a la realización de un diagnóstico diferencial; además, es beneficioso completar la evaluación con instrumentos de *screening* (en fases previas), de intensidad sintomatológica y del impacto en la vida diaria, así como de la funcionalidad.

En la Tabla 2 (*vid infra*) se presentan los principales instrumentos de evaluación según los datos del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012).

Tabla 2. Instrumentos para medir síntomas del trastorno bipolar

Depresión	Psicosis y Manía	Estado clínico Global	Impacto
<ul style="list-style-type: none"> • Hamilton Rating Scale for Depression • MADRS Montgomery- Asberg Depression Rating Scale • BDI (Inventario de Depresión de Beck) • SCID-I (Structured Clinical interview for DSM-IV) • MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) 	<ul style="list-style-type: none"> • CARS-M. Clinical Administrated Rating Scale for Mania. • Positive and Negative Symptoms Scale. PANSS 	<ul style="list-style-type: none"> • CGI-BP-M (Clinical Global Impresión for Bipolar Modified). 	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba Breve de Evaluación Funcionamiento FAST • La calidad de vida tradicionalmente se viene evaluando con la escala genérica SF-36 • MDQ • HCL-32
Manía	Adaptación funcional	Comorbilidad	
<ul style="list-style-type: none"> • MAS (Bech-Rafaelsen Manía Scale) • Young Mania Rating Scale YMRS 	<ul style="list-style-type: none"> • FAST (Functional Assessment Short test) 	<ul style="list-style-type: none"> • BEDS (Bipolar eating Disorder Scale) • BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale). • PRISM (Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders). • Cuestionario Oviedo del Sueño –COS- (Bobes et al., 2000) • Escala para las Alteraciones de la Conducta Alimentaria en el trastorno bipolar – BEDS-Cuestionario de Cambios en la Función Sexual, versión breve – CSFQ-14. 	

Nota. Modificado de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (Grupo de Trabajo de la Guía Práctica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Precisamente la detección supone uno de los principales retos, ya que habitualmente el TB es subdiagnosticado al considerarse inicialmente como una depresión unipolar, no existiendo consenso entre los investigadores en lo relativo a los umbrales diagnósticos. El retraso en la detección tiene su

eco en la aplicación de un mal tratamiento durante años, teniendo su impacto directo en el curso de la psicopatología (*viraje o circulación rápida*) y en el bienestar de la persona, siendo esencialmente importante este punto, debido a que el suicidio de personas diagnosticadas de TB ocurre con mayor frecuencia durante la primera década del curso del trastorno (Nordentoft, Mortensen y Pedersen, 2011), existiendo mayor riesgo de suicidio en las personas con *Trastorno bipolar II* que en aquellas con depresión unipolar (*i. e.*, Trastorno Depresivo Mayor) e incluso mayor que en los casos de *Trastorno bipolar I* (Nordentoft et al., 2011).

De lo anterior, destaca la importancia del diagnóstico diferencial entre el *Trastorno bipolar II* y aquellos trastornos del espectro de la depresión unipolar. Asimismo, es sumamente importante valorar la psicopatología asociada, diagnosticando los trastornos comórbidos (p. ej., uso de sustancias, de ansiedad, de la alimentación, de la personalidad) (Vieta et al., 2001) si los hubiere, dada la importante repercusión en el curso, pronóstico y tratamiento (tanto psicoterapéutico como psicofarmacológico).

Tampoco hay que olvidar la relevancia del patrón idiosincrásico de cada persona afectada en la respuesta al tratamiento, ya que según señalan los resultados de un estudio (Vieta et al., 2009) (n = 833), las personas en las que predominan las fases depresivas responden peor al tratamiento que aquellas en las que las fases predominantes son de manía, observándose este fenómeno de manera particular en los hombres participantes en la investigación.

En el contexto forense, un error diagnóstico supondría sin duda una inadecuada orientación al respecto del objeto de la pericial solicitada, con el consiguiente perjuicio para las personas implicadas.

Intervención/tratamiento

La intervención con el TB aúna aspectos ambientales y biológicos, desarrollándose en los últimos años terapias con evidencia empírica basadas en el modelo vulnerabilidad-estrés. Tomando como fuente la información procedente del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar (2012), se observan diferentes vías de intervención, siendo en muchas ocasiones complementarios entre sí.

Evolución al DSM-5®

Posiblemente el cambio más significativo es la eliminación del TB del apartado “trastornos del ánimo”, enmarcándose en la novedosa entidad “Trastorno bipolar y otros relacionados”, y constituyendo así una categoría diferenciada de los trastornos depresivos. Igualmente cabe destacar la desaparición de la categoría relativa al episodio mixto –existencia simultánea en criterios completos de manía y depresión–, pasando a ser un especificador (“con características mixtas”). El hecho de que se incluyan dichos especificadores hace que se pueda diagnosticar depresión unipolar con síntomas maníacos sin necesidad de que la persona padezca un TB (Dios, Goikolea, Colomb, Moreno y Vieta, 2014). Frente a esta distribución separada en el DSM-5® (APA, 2013) –trastornos depresivos por un lado y bipolares por otro–, en el borrador de la CIE-11 se reúnen los trastornos de ánimo en una sola categoría, que se subdivide, a su vez, en depresivos y bipolares (Dios et al., 2014). En esta última versión del DSM-5® (APA, 2013), los virajes anímicos secundarios a la acción de los antidepresivos son un criterio para el diagnóstico de TB. Es importante tener presente que el paciente que sufre un *Trastorno bipolar I*, además de la manía, puede presentar también episodios hipomaníacos durante su evolución. Esto es importante en la clínica diaria, debido al alto porcentaje de solapamiento de síntomas depresivos durante las fases maníacas y síntomas maníacos durante los estadios depresivos (Koukoupoulos, Sani, Koukoupoulos, Manfredi, Pacchiarotti y Girardi, 2007).

Impacto del trastorno bipolar en las competencias parentales

Son muchas las investigaciones que advierten de las dificultades que pueden encontrar las personas afectadas con un TB en el ejercicio de su rol parental. En la línea de lo que se ha comentado en la aproximación clínica al TB, procede insistir en que se trata de un trastorno psicopatológico crónico caracterizado por la presencia de una acusada inestabilidad en numerosas áreas tales como el humor, el sueño y el comportamiento que puede impactar en las diferentes dominios funcionales de la persona que lo padece, como por ejemplo la familia o las relaciones sociales (Goodwin y Jamison, 2007; Jones y Bentall, 2008; Vance, Huntley, Espie, Bentall y Tai, 2008). Los patrones de comunicación, el control de los impulsos y la motivación pueden verse afectados, lo que hace que la crianza de los hijos sea más difícil para este tipo de personas (Phelan, Lee, Howe y Walter, 2006; Vance et al., 2008).

En la misma dirección, autores como Blairy et al. (2004) ya resaltaban que existe una serie de desventajas en el caso de los progenitores con TB, especialmente en los parámetros sociales, pudiendo tener dificultades en el plano laboral, relacional y familiar, que están a su vez condicionadas por la duración de la enfermedad y la frecuencia de las hospitalizaciones.

Por otra parte, los hijos de padres con TB tienen mayor riesgo, en comparación con población general, de padecer en el futuro trastornos psiquiátricos tales como TDAH, ansiedad, depresión, abuso de sustancias y trastornos del sueño, así como mayor riesgo de desarrollar TB (Duffy, et al. 2007; Jones y Bentall, 2008), estando esto determinado tanto por factores genéticos como por los patrones comunicativos gestados en este tipo de familias (Alloy, Abramson, Smith, Gibb y Neeren, 2006; Inoff-Germain, Nottelmann y Radke-Yarrow, 1992; Vance et al., 2007).

Se encuentran personas afectadas con una persistente negación del trastorno y, por tanto, una elevada resistencia al cumplimiento de la prescripción psicofarmacológica, o enfermos con una buena conciencia de trastorno y, por lo tanto, portadores de una amplia amalgama de sentimientos de culpa, vergüenza y preocupación. En el caso de las personas con TB, se ha observado que los progenitores con esta patología tienen dificultades para el manejo de los roles diferenciados de padre. La mayor parte de los progenitores afectados presentan sentimientos de inadecuación y culpa debido a la percepción negativa que tienen de sí mismos, así como una preocupación recurrente por el impacto que pueda tener la enfermedad en sus hijos, tanto por la carga genética, como por los riesgos ambientales generados (Dolman, Jones y Howard, 2013). Asimismo, también se ha detectado que progenitores con TB presentan una mayor tendencia a la hipervigilancia de su conducta e interacción con los menores, con el objetivo de observar cualquier tipo de anormalidad al respecto, debido a las profundas cogniciones de preocupación y estigmatización que arrastran. Precisamente, el estigma social existente afecta profundamente en la visión que tienen sobre sí mismos (Corrigan y Wassel 2008; Link y Phelan 2001; Link, Struening, Rahav, Phelan y Nuttbrock, 1997).

Los padres con TB igualmente son más vulnerables a los estresores psicosociales, pudiendo suponer los conflictos elevados en el ámbito familiar, factores facilitadores para la recaída. Los estudios indican la necesidad de incorporar a estas personas a programas de rehabilitación intensivos y estructurados ante la existencia de contextos sociales desfavorables, ocupando el apoyo social un papel vital en la prevención de las recaídas y en el impacto del trastorno en la vida de la persona (Holmgren, Lermunda, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela, 2005).

Entre las áreas más afectadas, se encuentran las de corte conyugal, existiendo dificultades en el reparto de tareas, ya que en ocasiones uno de los dos ha de asumir todo el peso de las responsabilidades, teniendo que acudir a la familia externa en busca de apoyo. También destaca el menoscabo en el área de corte normativo, con numerosas dificultades, especialmente en momentos críticos, y en el área económica (Holmgren et al., 2005).

Abordaje psico-legal

La atribución de la GyC de menores queda determinada en nuestra doctrina jurisprudencial por la supremacía del Interés Superior del Menor (ISM). Tradicionalmente, la custodia de los hijos se ha venido atribuyendo a la madre (Arce, Fariña y Seijo, 2005), con datos que apuntan un 91,6% de las sentencias entre los años 1993 y 1999 a favor, sin que hayan existido unos criterios consolidados que rigieran dichas resoluciones.

El Instituto Nacional de Estadística (2013) estimó que en 2012 se produjeron 110.764 disoluciones conyugales, de las que 104.262 fueron divorcios, 6.369 separaciones y 133 nulidades, con una atribución de custodia materna de un 75,1% (Rodríguez-Domínguez, Jarne y Carbonell y 2015).

En muchos casos de disputa de custodia, tanto el padre como la madre pueden presentar incapacidad o dificultades para llevar a cabo las labores de crianza. Tal y como afirmaba Goldberg (1997), durante muchos años la incapacidad materna ha sido la razón principal para que los Jueces asignen la custodia exclusiva al padre, más allá de que sea el padre el progenitor más capacitado para criar los hijos o que, este tipo de custodia sea favorable al Superior Interés del Menor (Paradise, 2012).

En los apartados previos se reflejó la gravedad y heterogeneidad del TB, así como su posible impacto en las relaciones familiares. De cara a concretar su influencia sobre las competencias parentales de quienes padecen esta patología, conviene delimitar el concepto de competencia *parental*.

Las competencias parentales, según los modelos de Sroufe (1983) y Masten y Curtis (2000), serían el conjunto de capacidades que hacen que padres y madres afronten de modo flexible y adaptativo el rol de padres, en consonancia con las necesidades educativas y evolutivas de sus hijos, valiéndose de las oportunidades y apoyos necesarios, y teniendo como marco de referencia los estándares sociales (Rodrigo, Martín, Chaves y Byrne, 2008; Rodrigo, Martín Quintana, Cabrera y Máiquez, 2009).

Los padres han de ser lo suficientemente flexibles como para adaptarse positivamente a los cambios en las circunstancias y necesidades de sus hijos. Según Azar y Weinzierl (2005), existen cinco grandes áreas de competencias parentales:

1. Educativas (p. ej., manejo del niño, cuidado físico, seguridad, expresión emocional).
2. Sociocognitivas (p. ej., perspectivismo, expectativas adecuadas respecto a las capacidades infantiles, estilo de atribución positivo, autoeficacia).
3. Autocontrol (p. ej., control de impulsos, percepciones precisas, habilidades de autocontrol, asertividad).
4. Manejo del estrés (p. ej., autocuidado, relajación, capacidad para divertirse, mantenimiento del apoyo social, capacidad de afrontamiento, planificación).
5. Sociales (p. ej., solución de problemas interpersonales, empatía, reconocimiento de las emociones).

De la misma manera, otros autores como Reder, Duncan y Lucey (2003), señalan que se han de disponer otras capacidades como las relacionadas con el funcionamiento personal (agencia personal, resiliencia, capacidad de reflexión sobre la propia conducta), competencias asociadas al rol parental como compromiso con la tarea parental, cuidados emocionales y físicos, disciplina, responsabilidad, así como competencias relacionadas con el menor como interés por sus experiencias, empatía y reconocimiento de las necesidades del menor.

En el caso de familias en riesgo de exclusión social, hay que tener en cuenta especialmente rasgos relacionados con la capacidad de resiliencia, tales como la cohesión, la reflexión, la flexibilidad y el optimismo vital ante la adversidad (Luthar, 2003; Rodrigo, Máiquez y Martín, 2010b; Walsh, 2003).

El modelo *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families* (FACNF) pone especial énfasis en la necesidad de potenciar la capacidad de los padres en áreas como la calidez emocional, los límites, el desarrollo del menor y la facilitación de un entorno estable (Barudy y Dantagnan, 2010).

En las últimas décadas, debido a la necesidad de justificar las decisiones judiciales, y al inabarcable peso de las variables psicológicas en este tipo de procesos enmarcados en el Derecho de Familia, ha ganado relevancia el papel del psicólogo forense experto como figura auxiliar. El informe pericial emitido por dichos expertos va dirigido al juez con el objetivo de asesorar, debiendo conocer el perito la legislación y ajustando el conocimiento científico para tratar de responder fielmente la demanda del magistrado y/o tribunal (Rodríguez-Domínguez, Carbonell y Jarne, 2014).

En condiciones normales, entre los criterios de peso que motivan las decisiones judiciales se encuentran: 1) ser cuidador habitual del menor, 2) apoyo de la familia extensa, 3) disponibilidad horaria, 4) circunstancias negativas en la vida del menor en la convivencia con el progenitor custodio, 5) mejores condiciones o mayor idoneidad, 6) características de personalidad y favorecimiento del desarrollo integral del menor, así como satisfacción de manera eficaz de sus necesidades (Novo, Quintero y Vázquez, 2013).

Esto cambia en el momento en que uno de los progenitores padece psicopatología grave, debiendo valorar el impacto en el funcionamiento de la persona y considerar su incidencia en el grado de competencia parental para ostentar la custodia, en tanto que está demostrada su frecuente relación con comportamientos parentales negligentes y/o abusivos (Ramírez, 2003). Pero la evaluación no debe limitarse en valorar la posible presencia de psicopatología y su repercusión, sino que es necesario valorar áreas, como por ejemplo: el proyecto educativo, las expectativas y reacciones frente a la situación de separación, la postura frente al otro cónyuge, la relación con los hijos, las comunicaciones, la visión de los menores, la situación económico-laboral y el apoyo social, el estado de salud física y mental, siendo necesario contemplar en este último punto, en el caso de que haya psicopatología previa, el curso de la misma y su adherencia al tratamiento. Aunque la tendencia es valorar la idoneidad parental de los progenitores sin centrarse en los criterios negativos, es necesario tener en cuenta que ciertas manifestaciones psicopatológicas pueden afectar el desempeño parental, por lo que deben debidamente tenidas en cuenta a la hora de decidir sobre la mejor opción de custodia. Además, es preciso señalar que el propio proceso de separación es fuente de estrés, por lo que puede precipitar o exacerbar algún síndrome clínico preexistente, lo que se debe tener en cuenta a la hora de hacer pronósticos (Ramírez, 2004). Como se citó anteriormente y tal y como las investigaciones indican, en el caso del TB, los eventos estresores son predictores de recaídas, por lo que reduciendo la exposición a situaciones de estrés puede llevar a un mejor curso y pronóstico de la enfermedad (Backer, 2011; Murphy, 2011).

No se debe caer en el reduccionismo de pensar que la mera identificación o diagnóstico de la psicopatología es suficiente para la toma de decisiones. La esencia del proceso de evaluación forense cae en determinar hasta qué punto afecta dicho trastorno al desempeño de las responsabilidades parentales que lleva a cabo ese progenitor, desde un enfoque psico-legal. Por tanto, no basta con hacer constar un diagnóstico, si no que se debe especificar cómo afecta este y qué repercusiones conlleva en materia de capacidades tuitivas, especificando si como consecuencia del trastorno, se hallan alteradas, por ejemplo, las pautas de interacción-comunicación con los hijos, o por qué constituye un modelo negativo de socialización para estos, o qué riesgos comporta para la seguridad o el bienestar filial (Ramírez, 2004).

Existen trastornos que, por su gravedad, se desaconseja la atribución de la custodia a quien los padecen, debido a su relación con una mayor frecuencia de conductas parentales abusivas o negligentes hacia los hijos, estando incluidos en esta categoría los trastornos psicóticos, la dependencia de sustancias tóxicas y la discapacidad intelectual que no sea leve. Se podría añadir aquí, a la luz de lo examinado sobre el TB, que también este cuadro puede alcanzar tal gravedad e interferencia en el ejercicio parental que obligue a desaconsejar la ostentación de la custodia de los hijos o se deban acordar medidas para el control del cuidado y relación parento-filial.

En el abordaje del TB en la Jurisdicción Civil, tiende a considerarse que el cuadro puede afectar a procesos tales como la toma de decisiones de la persona, especialmente cuando se encuentran presentes

los síntomas maníacos y psicóticos (Gómez-Durán, Carrión, Xifró y Martín-Fumadó, 2010). Sin embargo, como se desprende de la STS de 17 de octubre de 2007, es la imposibilidad para el autogobierno de manera permanente (exigida en el artículo 200 del CC), la que se considera como presupuesto para declarar la incapacidad. Esta sentencia enfatiza el hecho de que el desgobierno se circunscribe a fases temporales determinadas. En cambio, la STS del 26 de julio de 1999, estima la incapacidad parcial (curatela) en supuestos de falta de autogobierno de manera esporádica, dado que se determinó que no era posible conocer el grado de colaboración en el control de la enfermedad. Sin embargo, la anterior Sentencia (STS de 17 de octubre de 2007), no aplica ese criterio por considerar que existe evidente voluntad colaboradora de la persona y la aceptación del trastorno, resultando determinante estas dos condiciones.

Parece obvio que poseer capacidad de autogobierno y de toma de decisiones son factores fundamentales en el desempeño del ejercicio parental, por lo que parece muy probable que, si lo anterior se encuentra afectado, la posibilidad de ejercer la custodia de los hijos se encuentre *per se* condicionada. Pueden añadirse otros problemas o comorbilidades adicionales que cuestionan la competencia parental (ej. consumo de sustancias, no infrecuente en el TB). Así, aparecen resoluciones como la STS de 17 de julio de 2007, que reduce y supervisa las “*visitas entre padre e hijo por la concurrencia de una serie de circunstancias en la persona del padre tales como su enfermedad mental diagnosticada como trastorno bipolar, sobre la cual no consta que siga el tratamiento adecuado ni la evolución de esta, el consumo de alcohol y cocaína (...) evidencian que el interés del menor se encuentra protegido con el mantenimiento de un régimen de visitas restrictivo*”. Resalta la importancia de que esta sentencia valora la falta de conciencia de trastorno (*insight*) (contemplada también en la STS de 17 de octubre de 2007), la falta de mejoría y la contingencia con consumo de sustancias. Por tanto, aunque se observan discrepancias en las decisiones judiciales en torno a si el TB afecta de manera continua o, por el contrario, se circunscribe a determinados periodos, sí parece haber consenso en cuanto a la conciencia del propio trastorno o *insight* como factor clave para predecir la estabilidad de un progenitor de cara al correcto desempeño de sus capacidades tuitivas.

Resultados de la revisión de doctrina jurisprudencial

En la búsqueda en Aranzadi, se encontraron 101 sentencias. Se seleccionaron atendiendo al siguiente criterio de inclusión: que se hubiera determinado por parte del tribunal la existencia de un TB por alguno de los progenitores, en procesos civiles de GyC en las audiencias provinciales de España, en el periodo comprendido entre el 15 de agosto de 1996 y el 15 de agosto de 2016. El criterio de exclusión fue que la existencia de un TB fuera tangencial, esto es, que no guardase relación con la motivación del tribunal para la atribución de la GyC a un determinado progenitor. En base al criterio de exclusión citado, se eliminaron 26 sentencias irrelevantes, quedando finalmente 75 sentencias relevantes debido al contenido descriptivo pormenorizado de la influencia del TB y sus repercusiones en el funcionamiento del progenitor y/o progenitora afectados. En la Tabla 3, se resume el contenido de algunas de las sentencias más relevantes. En consonancia con lo esperado, debido a la mayor prevalencia de este trastorno en mujeres, los resultados muestran que, de las 75 sentencias, hay una presencia de 68 diagnósticos en mujeres (90,7% aprox.) y 7 en hombres (10,3% aprox.). El informe del especialista es tenido en cuenta para sustentar las resoluciones en 52 (69,33%) de las sentencias estudiadas, contemplándose tanto los informes pertenecientes a los equipos psicosociales adscritos a los juzgados como los informes psicológicos forenses de parte aportados al proceso (en menor medida los informes clínicos); este dato corrobora la idea inicial de que debido a la complejidad del trastorno y su carácter heterogéneo y multidimensional, es necesaria la intervención del perito psicólogo para determinar la relación entre la psicopatología y la posible afectación funcional en la dimensión parental.

Tabla 3. Resumen del contenido de algunas de las sentencias relevantes encontradas

Sentencias	Argumentación en el Fallo	Factores psicológicos considerados
N.º 284/2015 de 16 de noviembre AP de Ciudad Real Secc. 1º (JUR 2015/297971)	<i>“Ciertamente que existe mejoría (...) en los padecimientos que sufre el progenitor, pero no es menos cierto que, pese a informarse que los trastornos de personalidad depresivo y bipolar parecen estar actualmente controlados, no deja de destacarse que, atendiendo a los informes psicológicos, existe una reactivación de síntomas emocionales ante circunstancias externas, como puede ser el presente juicio, lo que avoca a entender que dicha mejoría es lábil ante circunstancias externas”.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque se reconoce la mejoría clínica, se enfatiza la reactividad ante estresores externos. 2. Atienden a la contingencia estresor-recidiva señalada en los informes psicológicos.
N.º 17/2015 de 3 de febrero de la AP de Albacete (Secc. 1º) (JUR 2015/71394)	<i>“(…) no procede un régimen de guarda y custodia compartida, (...) porque el interés de los menores queda más salvaguardado atribuyéndosela en exclusiva al padre. (...) la principal razón es que la madre está diagnosticada de trastorno bipolar de etiología psicógena, con un grado de discapacidad del 68 por ciento, y limita sus aptitudes para atenderles debidamente (...) ha sufrido descompensaciones que han precisado ingresos hospitalarios. Esta conclusión se corrobora con el informe psicosocial donde se informa que es necesario pensando en el bienestar de (...) y (...), que su guarda y custodia pertenezca al padre, debido a la enfermedad de la madre, los deseos de los menores (...) al no trabajar la madre fuera del domicilio familiar, es ella la que ha tenido una dedicación mayor, pero ello no obsta para que se le atribuya al padre, puesto que, dentro de su trabajo, ha atendido a los menores, y la edad con la que cuentan éstos, 15 y 9, le permite compatibilizar (...).</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hace hincapié en las aptitudes y constantes recidivas. 2. Se explicita que el contenido del informe fue ratificado en el juicio oral. 3. En el informe se destaca el trastorno de la madre y el deseo de los menores motivado por el trastorno de la madre. 4. Se reconoce la mayor dedicación de la madre al cuidado de los menores, pero no se tiene en cuenta en la decisión final.
N.º 45/2013 de 24 de enero de la AP de Murcia (Secc. 4º) (JUR 2013/90150)	<i>“En el referido informe psicológico (...) se dice (...) que Dña. Miriam tiene una personalidad sana, carente de posibles patologías. Y (...) se recomendaba, (...) la atribución a la madre de la GyC de sus hijos si aceptaba la supervisión médica y psicológica (...). En dicho informe se decía que los rasgos de la personalidad del Sr. Alejo podían convertirse en rasgos que dificultaran el manejo del cuidado de sus hijos, al convertirse probablemente en una figura paterna demasiado permisiva y poco exigente. Respecto a la Sra. Miriam, se decía (...) que el trastorno bipolar, la dependencia del alcohol y la dependencia de sustancias eran sugerentes, pero no lo suficientemente indicativas de patología, (...). También decía la psicóloga que había una ausencia de patologías de la personalidad, y que Dña. Miriam tenía una personalidad sana”.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aunque se reconoce el trastorno bipolar, así como el uso de etanol y otras sustancias psicoactivas en la progenitora, se resalta la ausencia de rasgos de personalidad anómalos y se subraya que el consumo de sustancias no alcanza el umbral de trastorno. 2. Al mismo tiempo, se explicita la repercusión negativa de los rasgos de personalidad del progenitor, a pesar de no mencionarse ningún trastorno en este último.

Cabe destacar que, de las 75 sentencias, en 26 de ellas (34,66%), se consideró pertinente que la GyC de los hijos la ostentara el progenitor afectado por la psicopatología, teniéndose en cuenta la gravedad del trastorno, la estabilidad, la adherencia al tratamiento, el curso, la adaptación del menor, y en general la preservación de la funcionalidad en materia de competencias parentales.

Discusión y conclusiones

El TB se eleva como la sexta causa de discapacidad según el estudio *Global Burden Disease* (Murray y López, 1996), afectando a su calidad de vida y bienestar e interfiriendo en su funcionamiento cotidiano, educación, trabajo, relaciones familiares y sociales (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar, 2012).

Su prevalencia y el habitual retraso en su diagnóstico hacen necesario incorporar medidas que permitan una detección más temprana y programas de intervención eficaces para su abordaje integral. Extrapolando al ámbito judicial esta necesidad, resulta fundamental que el psicólogo forense sea capaz de valorar correctamente la sintomatología presente y el curso/evolución de la misma, para poder determinar su influencia sobre las distintas áreas de la persona, en especial sobre aquellas directamente relacionadas con su rol parental. Uno de los puntos clave será valorar la fase en la que se encuentra el trastorno y el pronóstico, al ser una entidad heterogénea y de curso variable. A pesar de que la persona se encuentre en una fase de estabilización o asintomática, se tiene en cuenta desde los tribunales, tanto la conciencia de trastorno (*insight*) como la adherencia al tratamiento psicofarmacológico y psicoeducacional, siendo factores de protección ante nuevos episodios, debido a alta probabilidad de la recidiva de estos, especialmente en los casos más graves.

Del análisis de la doctrina jurisprudencial seleccionada para este trabajo, se extrae nítidamente la relevancia de la presencia del psicólogo forense en los tribunales en calidad de perito o asesor experto en los litigios por la GyC de menores (el informe es tenido en cuenta para sustentar las resoluciones en el 69,33% de los casos). La labor del psicólogo forense contribuye a esclarecer las características idiosincrásicas del trastorno y su repercusión, más allá de la etiqueta diagnóstica de partida. Todo ello sin soslayar la importancia de la colaboración multidisciplinar entre los diversos especialistas en el ámbito forense y de la salud mental debidamente cualificados. En la sección *Resultados* se describe que los informes tenidos en cuenta son procedentes tanto de los equipos psicosociales adscritos a los juzgados como de los peritos de parte, destacando que en los informes psicosociales realizados por los peritos adscritos figura el informe psicológico junto al informe social.

Los resultados obtenidos en este estudio a través del análisis de sentencias, que muestran una mayor prevalencia del TB en el género femenino (90,7%) y ponen de manifiesto la importancia de la afectación funcional en las decisiones judiciales (en el 34,66% de los casos estudiados se otorgó la GyC al progenitor afectado), son congruentes con los hallazgos de la literatura científica al respecto expuesta en apartados anteriores, subrayando que el TB *per se* no anula o impide el ejercicio parental, sino que será la valoración pericial de sus manifestaciones psicopatológicas idiosincrásicas y de la posible repercusión de estas en el funcionamiento de la persona lo que permita evaluar sus competencias parentales, junto con una sólida evaluación de los factores de protección presentes que contribuya a ajustar un pronóstico que respalde la minimización del impacto de la posible sintomatología y el mantenimiento de un estado de estabilidad a nivel funcional compatible con un adecuado ejercicio de las capacidades tuitivas.

En definitiva, y como debiera ser en cualquier supuesto en el que se halle presente un cuadro psicopatológico, la doctrina jurisprudencial al respecto del TB, no asienta sus resoluciones en el padecimiento *per se* del TB, sino en la capacidad de la persona para tomar conciencia de su trastorno,

la gravedad y la afectación sobre el funcionamiento diario y las capacidades intuitivas, cuestiones que deberían ser valoradas previamente por el perito especialista en psicología forense.

Recomendaciones para la práctica pericial

El TB es una entidad que se presenta como una constelación de síntomas compleja y heterogénea, siendo una etiqueta que, por sí misma, no resulta esclarecedora. Por ello, y para ser fieles a la ciencia psicológica, se debe estudiar cada caso en particular mediante la formulación psicológica y el conocimiento de la historia de vida de la persona (Echeburúa, Salaberría y Cruz-Sáez, 2014), examinando el impacto funcional del TB. De manera específica, en la evaluación psicológica forense, el perito realizará un análisis integral e interrelacionado de todas las variables analizadas en su estudio, explicando el caso rigurosamente y dotándolo de un sentido técnico, todo ello a través de la formulación forense (González-Trijueque y Delgado, 2011).

Solo tras una completa evaluación e integración de resultados, el técnico especialista será capaz de evitar caer en reduccionismos y arrojar luz en esferas tan decisivas y de alta responsabilidad como la GyC de los hijos, y todo ello con el objetivo del salvaguardar el bienestar del menor. Para ello, además de analizar los factores de riesgo, debe también integrar el arsenal de factores de protección existentes (apoyo social, *insight*, adherencia al tratamiento, etc.), así como proyectar en el futuro posibles riesgos e incidencias que puedan surgir como consecuencia de las propias características del TB en la persona que lo padece, teniendo en cuenta la estructura de personalidad subyacente (pronóstico).

De ahí la importancia de la formulación forense, ya que una correcta identificación de la relación entre las variables de estudio permite predecir cómo podrá responder la persona en diversas situaciones (Graña, 2002). A la formulación forense se llega a través de un proceso de evaluación científica, formulando y reformulando hipótesis, lo cual puede derivar en un contraste de hipótesis que permita justificar el motivo por el que el perito psicólogo encuentra fundamentación suficiente para apoyar una hipótesis y refutar otras (González-Trijueque y Delgado, 2011). Este apartado es especialmente esclarecedor y didáctico de cara a la explicación del caso a los diferentes actores jurídicos, ya que al poner de relieve las diferentes alternativas y justificar la inferencia clínico-legal pertinente, se consolidan las decisiones del perito, existiendo mayores niveles de transparencia y comprensión.

A la vista de las posibles oscilaciones en el curso del trastorno y su impacto tanto para quien lo sufre como para su entorno, no es infrecuente que el perito recomiende que se solicite como medida a adoptar un férreo seguimiento que obligue al progenitor custodio o que ostente un régimen de visitas, la necesidad de presentar un informe de estado que acredite la evolución del trastorno con el objetivo de salvaguardar el bienestar del menor, pudiendo derivarse decisiones judiciales que conlleven cambios en las medidas parento-filiales acordes a la evolución del trastorno y la afectación o no de la capacidad parental.

Otro punto importante del informe pericial será la “discusión forense” (también se puede denominar este apartado como “consideraciones periciales”, “discusión pericial”, “consideraciones técnicas”, etc.) pretende constituir el nexo de unión entre la evaluación individual practicada y las aportaciones realizadas desde la psicología en relación al supuesto valorado, dotando al informe de una estructura en la que se apoyen los datos obtenidos con la bibliografía técnica existente (González-Trijueque, 2008). En gran medida, este apartado pretende dar una respuesta anticipada a las preguntas que puedan surgir en Sala en el momento de la ratificación y defensa oral del informe, ya que es precisamente en este apartado donde se puede informar sobre datos epidemiológicos y consideraciones más teóricas que puedan estar relacionadas con el caso evaluado. En todo caso, el apartado de discusión forense debe partir de los resultados obtenidos, se debe apoyar en datos científicos, debe ser racional y objetivo, reconociendo las limitaciones existentes y nunca debe exponer opiniones, inferencias sin

apoyo técnico o interpretación parcial de los resultados (González-Trijueque, 2008). Asimismo, el perito evitará utilizar términos de carácter jurídico, no debiendo nunca olvidar su función dentro del organigrama judicial. A modo de recomendación, este apartado puede estructurarse en distintos subapartados sobre los puntos que pudieran resultar de mayor interés (González-Trijueque, 2008). Este apartado sirve para reflexionar, argumentar y enriquecer la evaluación practicada desde el mundo científico, aportando para ello teorías, estudios, modelos, etc. De este modo, el informe presentará una estructura más sólida y dotará a las conclusiones de una mayor base empírica y no sólo la que proporciona el perito firmante a partir del caso único valorado, ya que con esta metodología podrá avalar sus resultados con los existentes sobre la materia desde el ámbito académico y de investigación. Así, el informe elaborado permitirá al perito psicólogo gozar de datos y apoyo técnico de gran utilidad a la hora de defender su trabajo en Sala durante la celebración del juicio correspondiente.

Por último, el perito deberá concluir su informe con unas conclusiones breves y claras que den respuesta al motivo de pericia solicitada. En este tipo de casos, dichas conclusiones pueden referirse a los siguientes aspectos: 1) Si existe o no algún cuadro psicopatológico y de qué tipo es el mismo y cuál es su pronóstico; 2) El impacto del cuadro en la funcionalidad de quien lo padece; 3) Valoración de las competencias parentales del progenitor; y 4) estudio del impacto del cuadro en las competencias tuitivas del progenitor.

Este último apartado, que pretende responder a la demanda planteada desde los tribunales, es precisamente el anclaje diferencial con la psicología clínica. Como se ha señalado con anterioridad, la presencia de un TB no indica *per se* la incapacidad del progenitor para el cuidado de los menores, por lo que es necesario valorar específicamente esta área, analizando no solo la realidad presente, sino (también) realizando un pronóstico que proyecte la posible evolución longitudinal de la persona y el curso del trastorno, así como su vulnerabilidad a cambios o estresores, proporcionando las herramientas necesarias para la óptima gestión de la psicopatología y asesorando a los jueces y tribunales acerca de los mecanismos y pautas necesarios para seguir un control y reducir las posibilidades de desestabilización e interferencias en el cuidado, siempre velando por el Superior Interés del Menor.

Referencias

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Smith, J. M., Gibb, B. E. y Neeren, A. M. (2006). Role of parenting and maltreatment histories in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clinical child and family psychology review*, 9(1), 23-64.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5®. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.
- Arce, R., Fariña, F. y Seijo, D. (2005). Razonamientos judiciales en procesos de separación. *Psicothema*, 17(1), 57-63.
- Azar, S. T. y Weinzierl, K. M. (2005). Child maltreatment and childhood injury research: A cognitive behavioral approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(7), 598-614.
- Backer, C. (2011). *"It's Like Being on the Other Side of the World with Mummy": a qualitative study exploring children's experiences of living with a parent with Bipolar Disorder*. Unpublished Clinical Psychology Thesis. The University of Manchester.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., Vázquez, G. H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz, A., Khalsa, H.-M. K., Lai, M., Lepri, B., Lolich, M., Maffei, P. M., Salvatore, P., Faedda, G., Vieta, E. y Mauricio, T. (2012a). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11(1), 40-46.

- Baldessarini, R. J., Undurraga, J., Vázquez, G. H., Tondo, L., Salvatore, P., Ha, K., Khalsa, H.-M. K., Lepri, B., Ha, T. H., Chang, J. S., Tohen, M. y Vieta, E. (2012b). Predominant recurrence polarity among 928 adult international Bipolar I Disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 293–302.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Fichas de trabajo*. Editorial Gedisa.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid: MCGraw-Hill.
- Bender, R. E. y Alloy, L. B. (2011). Rife stress and kindling in bipolar disorder: review of the evidence and integration with emerging biopsychosocial theories. *Clinical psychology review*, 31(3), 383-398.
- Blairy, S., Linotte, S., Souery, D., Papadimitriou, G. N., Dikeos, D., Lerer, B., Kaneva, R., Milanova, V., Serretti, A., Macciardi, F. y Mendlewicz, J. (2004). Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study. *Journal of affective disorders*, 79(1), 97-103.
- Colom, F. y Vieta, E. (2004). *Manual de psicoeducación para el trastorno bipolar*. Barcelona: Ars Médica.
- Corrigan, P. W. y Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(1), 42-48.
- Craddock, N., O'donovan, M. C. y Owen, M. J. (2005). The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *Journal of medical genetics*, 42(3), 193-204.
- Criado-Álvarez, J. A., Domper, J. y Rosa de la, G. (2000). Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996-1998). *Revista Española Salud Pública*, 72(2), 131-138.
- Dias, V. V., Brissos, S., Frey, B. N., Andreazza, A. C., Cardoso, C. y Kapczinski, F. (2009). Cognitive function and serum levels of brain-derived neurotrophic factor in patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 11(6), 663-671.
- Dios de, C., Goikolea, J. M., Colomb, F., Moreno, C. y Vieta, E. (2014). Los trastornos bipolares en las nuevas clasificaciones: DSM-5® y CIE-11. *Revista Psiquiátrica de Salud Mental*, 7(4), 179 – 185.
- Dolman, C., Jones, I. y Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of women's mental health*, 16(3), 173-196.
- Duffy, A., Alda, M., Crawford, L., Milin, R. y Grof, P. (2007). The early manifestations of bipolar disorder: a longitudinal prospective study of the offspring of bipolar parents. *Bipolar Disorders*, 9(8), 828-838.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Freeman, M., Freeman, S. y McElroy, S. (2002). The comorbidity of bipolar and anxiety disorders: prevalence, psychobiology, and treatment issues. *Journal of Affective Disorder*, 68(1), 1-23.
- Goldberg, S. B. (1997). Make room for daddy. *ABA Journal*, 83, 48-52.
- Gómez-Durán, E. L., Carrión, M. I., Xifró, A. y Martín-Fumadó, C. (2010). “Clinical characteristics and legal consequences of violent behavior: A case of bipolar disorder”. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(6), 374-376.
- González-Trijueque, D. y Marina, S. D. (2011). Propuesta metodológica para la evaluación pericial de la víctima de mobbing. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 143-166. ISSN: 1576-9941.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*, 1 (2da ed.). New York: Oxford University Press.
- Graña, J. L. (2002). Análisis cognitivo-conductual de casos y su aplicación en el ámbito forense. En *Plan de Formación Continuada para Médicos Forenses, Personalidad: evaluación y perspectivas*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre trastorno bipolar. *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Hillegers, M. H., Burger, H., Wals, M., Reichart, C. G., Verhulst, F. C., Nolen, W. A. y Ormel, J. (2004). Impact of stressful life events, familial loading and their interaction on the onset of mood disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 97-101.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Dowd, S. T., De Petrillo, L. A. y Rosenbaum, J. F. (2006). Psychopathology in the young offspring of parents with bipolar disorder: a controlled pilot study. *Psychiatry Research*, 145(2), 155-167.
- Hlastala, S. A., Frank, E., Kowalski, J., Sherrill, J. T., Tu, X. M., Anderson, B. y Kupfer, D. J. (2000). Stressful life events, bipolar disorder, and the "kindling model". *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 777.
- Holmgren, G., Lermenda, S., Cortés, V., Cárdenas, M., Aguirre, A. y Valenzuela, A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(4), 275-286.
- Inoff-Germain, G., Nottelmann, E. D. y Radke-Yarrow, M. (1992). Evaluative communications between affectively ill and well mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(2), 189-212.
- Instituto Nacional de Estadística (2014). *Estadística de nulidades, separaciones y divorcios*. Madrid: autor.
- Jones, S. H. y Bentall, R. P. (2008). A review of potential cognitive and environmental risk markers in children of bipolar parents. *Clinical psychology review*, 28(7), 1083-1095.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. y Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6): 593-602.
- Koukoupoulos, A., Sani, G., Koukoupoulos, A. E., Manfredi, G., Pacchiarotti, I. y Girardi, P. (2007). Melancholia agitata and mixed depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 433, 50-57.
- Lapalme, M., Hodgins, S. y LaRoche, C. (1997). Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42(6), 623-631.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C. y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, 177-190.
- Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D. y Kupfer, D. J. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: a preliminary investigation. *Archives of general psychiatry*, 55(8), 702-707.
- Marín, M., Dujo, V. y Horcajo-Gil, P. J. (2017). Estudio comparativo de las decisiones de los magistrados del Tribunal Supremo español y los resultados de estudios empíricos sobre las implicaciones psicológicas en menores en situación de guarda y custodia compartida. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 115-25. DOI: 10.1016/j.apj.2016.11.002
- Murphy, R. (2011). *A Qualitative Investigation of the Experience of Parenting with Bipolar Disorder*. Unpublished Clinical Psychology Degree Thesis, University of Manchester.
- Murray, C. y López, A. (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. y Pedersen, C. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Novo, M., Quinteiro, I. y Vázquez, M. J. (2013). ¿Cómo motivan los jueces la capacidad de los progenitores en las resoluciones judiciales? *Anuario de Psicología Jurídica*, 23(1), 47-51.
- Paradise, J. E. (2012). Disparity between Men and Women in Custody Disputes: Is Joint Custody the Answer to Everyone's Problems? *St. John's Law Review*, 72(2), 517-580.

- Phelan, R., Lee, L., Howe, D. y Walter, G. (2006). Parenting and mental illness: a pilot group programme for parents. *Australasian Psychiatry*, 14(4), 399-402.
- Perlis, R., Miyahara, S., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Ostacher, M., DelBello, M. P., Bowden, C. L., Sachs, G. S. y Nierenberg, A. A. (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: Data from the first 1.000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55(9), 875-881.
- Ramírez, M. (2003). *Cuando los padres se separan: alternativas de custodia para los hijos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramírez, M. (2004). Psicopatología y derecho de familia. Trastorno mental y alternativas de custodia. El síndrome de alienación parental (SAP). *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 4, 147-154.
- Reder, P., Duncan, S. y Lucey, C. (2003). *What principles guide parenting assessments? Studies in the assessment of parenting*. Hove: Brunner-Routledge, 3-26.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martínez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. y Sanchez-Moreno, J. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73(5), 312-319.
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L. y Martín J. C. (2010b). *La educación parental como recurso psicoeducativo para promover la parentalidad positiva*. Madrid: Publicaciones de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Cabrera, E. y Máiquez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120.
- Rodrigo, M. J., Martín, J. C., Máiquez, M. L. y Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar: un enfoque positivo para la intervención con familias*. Madrid: Pirámide, D. L. ISBN: 978-84-368-2231-1.
- Rodríguez-Domínguez, C., Carbonell, X. y Jarne Esparcia, A. (2014). Revisión conceptual del peritaje psicológico en relación a la custodia de Menores en Cataluña. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24(1), 19-29.
- Rodríguez-Domínguez, C., Jarne, A. y Carbonell, X. (2015). Análisis de las atribuciones de guarda y custodia de menores en las sentencias judiciales. *Acción Psicológica*, 12(1), 1-10.
- Vance, Y. H., Huntley, S. J., Espie, J., Bentall, R. y Tai, S. (2008). Parental communication style and family relationships in children of bipolar parents. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(3), 355-359.
- Vázquez, G., Lolich, M., Leiderman, E., Tondo, L. y Baldessarini, R. (2012). Age-at-Onset of 648 Patients with Major Affective Disorders: Clinical and Prognostic Implications. *Mind & Brain, The Journal of Psychiatry*, 3(2), 23-30.
- Vieta, E., Colom, F., Corbella, B., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Benabarre, A. y Gasto, C. (2001). Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients. *Bipolar Disorders*, 3(5), 253-258.
- Vieta, E., Berk, M., Wang, W., Colom, F., Tohen, M. y Baldessarini, R. J. (2009). Predominant previous polarity as an outcome predictor in a controlled treatment trial for depression in bipolar I disorder patients. *Journal of affective disorders*, 119(1), 22-27.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family process*, 42(1), 1-18.